

自立支援医療（育成医療）受給者証再交付申請書

受 診 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所	〒		
	被保険者証の記号及び番号		保険者名	
	高額治療継続者	該当 ・ 非該当		
自立支援医療費受給者番号				

次の理由により、自立支援医療（育成医療）受給者証の再交付を申請します。  
（理由）

芦屋市長 宛

年 月 日

申請者

住所

氏名

